

FACTEURS DE RISQUE ET PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL DE L'HEMATOME RETRO PLACENTAIRE AU CHU D'ANGRE A PROPOS DE 102 CAS

C.R. ADJOBY, S.V. KOFFI, R. KOUAKOU-KOURAOGO, Y.P. AKOBÉ,
N.B.C. HOUPHOUET-MWANDJI, M. GADJI, O.P.J. LOBA, N.D. EFOH N'DRIN

RESUME

Objectif : Le but de notre étude était d'analyser les facteurs de risque de l'HRP et son impact sur le pronostic materno fœtal.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude cas-témoins qui s'est déroulée au service de gynécologie obstétrique du CHU d'Angré à Abidjan sur 2 ans (Du 1^{er} Janvier 2020 au 31 Décembre 2021). Les cas : les patientes ayant un âge gestationnel \geq 28 SA, qui avaient accouché dans le service et présenté un HRP diagnostiqué avant l'accouchement ou confirmé après la délivrance. Les témoins : Deux (2) patientes qui avaient accouché en dehors de tout contexte d'HRP après un (1) cas. Nous avons retenu 102 cas d'HRP et 204 témoins parmi 4948 accouchements sur la période d'étude.

Résultats : La fréquence de l'HRP a été estimée à 2,1%. Les cas avaient un âge moyen de 28 ans. Les nullipares représentaient 37,3% des cas et, la parité moyenne était de 3. L'âge gestationnel moyen au moment de survenue était de 36 semaines. Le type III de Sher était observé dans 50% des cas. L'accouchement s'est fait par césarienne dans 96,1% chez les cas. Onze gestes chirurgicaux d'hémostase réalisés, étaient l'hystérectomie d'hémostase (8) et la triple ligature vasculaire (3). La transfusion sanguine a été réalisée chez 43,1% des cas. La recherche des facteurs de risque a retrouvé, la non scolarisation ($p=0,002$; OR=3,85), la nulliparité ($p=0,02$; OR=2,86), l'insuffisance du suivi prénatal ($p=0,02$; OR=1,76) et l'antécédent d'HTA ($p=0,03$ OR=2,34). Les suites maternelles ont été marquées par l'anémie (44,1%), la coagulopathie (15,7%) et l'atteinte rénale (1,96 %). Trois décès maternels soit 2,9 % ont été enregistrés chez les cas. La létalité périnatale était de 50%.

Conclusion : Au CHU d'Angré, l'HRP était d'emblée grave dans la majorité des cas compliquant ainsi les suites maternelles et périnatales. L'insuffisance du suivi prénatal et la nulliparité ont été incriminés dans la survenue de cette affection.

Mots-clés : Hématome Retro Placentaire ; SONU ; Décès maternel ; CHU d'Angré.

SUMMARY

Risk factors and maternal-fetal prognosis of retroplacental hematoma at Angré University Hospital about 102 cases.

Objective: The aim of our study was to analyze the risk factors for RPH and its impact on maternal-fetal prognosis.

Methodology: this was a case-control study which took place in the obstetrics and gynecology department of the Angré University Hospital in Abidjan over 2 years (From January 1st, 2020 to December 31st, 2021). Cases: patients with a gestational age \geq 28 weeks, who had given birth in the department and presented with RPH diagnosed before delivery or confirmed after delivery. Controls: Two (2) patients who had given birth outside of any context of RPH after one (1) case. We included 102 cases of RPH and 204 controls among 4948 deliveries over the study period.

Results: The frequency of RPH was estimated at 2.1%. The cases had an average age of 28 years. Nulliparous women represented 37.3% of cases and the average parity was 3. The average gestational age at the time of occurrence was 36 weeks. RPH Sher type III was observed in 50% of cases. Delivery was by cesarean section in 96.1% of cases. Eleven surgical hemostasis procedures performed were hemostasis hysterectomy (8) and triple vascular ligation (3). Blood transfusion was performed in 43.1% of cases. The search for risk factors found non-schooling ($p=0.002$; OR=3.85), nulliparity ($p=0.02$; OR=2.86), insufficient prenatal monitoring ($p=0.02$; OR=1.76) and history of hypertension ($p=0.03$; OR=2.34). Maternal outcomes were marked by anemia (44.1%), coagulopathy (15.7%) and kidney damage (1.96%). Three maternal deaths or 2.9% were recorded among the cases. Perinatal lethality was 50%.

Conclusion: At Angré University Hospital, RPH was immediately serious in the majority of cases, thus complicating maternal and perinatal outcomes. Insufficient prenatal monitoring and nulliparity have been implicated in the occurrence of this condition.

Keywords: Retro Placental Hematoma; Emergency Obstetric and Neonatal Care (EmONC); Maternal death; UHC of Angre.

Tirés à part : Prof Roland Cassou Adjoby. Département Mère-Enfant de l'Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan.
Email : r.adjoby@yahoo.fr,
Téléphone : +225 0555658507

ADJOBY CASSOU R., KOFFI SOH V., KOUAKOU-KOURAOGO R., YAPO PRIVAT A., HOUPHOUET-MWANDJI NGUIEMENI B.K., GADJI M., LOBA OKOIN P.J., EFOH N'DRIN D.
Facteurs de risque et pronostic materno-fœtal de l'hématome rétroplacentaire au CHU d'Angré à propos de 102 cas. Journal de la SAGO, 2025, vol.26, n°1, p.1-5.

INTRODUCTION

L'hématome retro placentaire est une pathologie préoccupante de par sa fréquence et sa gravité [1,2]. C'est une cause non négligeable de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales dans les structures sanitaires publiques où la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence, les unités de soins intensifs et la disponibilité des produits sanguins font parfois défaut [1,3]. C'est un accident de survenue brutale et le plus souvent imprévisible. Le but de cette étude était d'identifier les facteurs de risques de l'HRP et d'en évaluer la prise en charge en vue d'améliorer son pronostic materno-fœtal.

I. METHODES

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du CHU d'Angré. Il s'agissait d'une étude cas-témoin sur une période de 2 ans (1^{er} Janvier 2020 au 31 Décembre 2021). Nous avons retenu comme cas : les patientes ayant un âge gestationnel \geq 28 SA, qui avaient accouché dans le service et présenté un HRP diagnostiqué avant l'accouchement ou confirmé après la délivrance. Les témoins : Deux (2) patientes qui avaient accouché en dehors de tout contexte d'HRP après un (1) cas. Nous avons retenu 102 cas d'HRP et 204 témoins parmi 4948 accouchements sur la période d'étude.

Nous avons identifié les facteurs associés à la survenue de l'HRP en comparant les proportions des variables d'intérêt dans les 2 groupes. Les données ont été analysées avec le logiciel SPSS.

Les comparaisons ont été réalisées avec le test de chi² ou le test exact de Fisher pour les variables qualitatives et avec le test de t-Student ou équivalent pour les variables quantitatives. Le seuil de significativité $p < 0,05$ a été retenu. Le rapport de cotes avec un intervalle de confiance à 95% a été utilisé pour apprécier la relation de chaque variable avec la survenue de l'HRP.

II. RESULTATS

1. Caractéristiques socio-démographiques

Nous avons enregistré 102 cas d'HRP sur 4948 accouchements soit une fréquence hospitalière de 2,1 %. La tranche d'âge comprise entre 30 et 39 ans représentait 36,3% chez les cas contre 42,7 % chez les témoins avec une différence statistiquement significative ($P = 0,02$ et $OR = 3$). L'Age moyen des cas était de 28 ans avec des extrêmes de 13 ans et 45 ans. Les patientes non scolarisées étaient statistiquement corrélées à la survenue d'HRP ($P = 0,002$ et $OR = 3,85$).

2. Caractéristiques épidémiocliniques

Les patientes n'ayant réalisé aucune CPN étaient de 0,98% chez les cas et de 2,45% chez les témoins, la différence était significative ($P = 0,02$ et $OR = 1,76$). L'HTA représentait 30,4% chez les cas et 5,1% chez les témoins. La différence était statistiquement significative ($P = 0,03$ et $OR = 2,34$). La parité moyenne était de 3 chez les cas. La nulliparité (37,3%) était un facteur de risque de survenue de l'HRP, la différence était statistiquement significative ($P = 0,03$ avec un OR à 2,86). Une prédominance du grade III de SHER (50%) a été constatée.

3. Prise en charge et pronostic materno-fœtal

L'accouchement par voie haute représentait 96,1% chez les cas contre 47,6% chez les témoins ($P = 0,00$ et $OR = 27,03$). Onze gestes chirurgicaux d'hémostase réalisés en urgence, étaient l'hystérectomie d'hémostase (8) et la triple ligature vasculaire (3), sans différence significative.

L'impact de l'HRP pendant les suites de couches immédiates est détaillé dans le tableau I.

Tableau I : Association entre l'HRP et les suites de couches immédiates

Suites de couches immédiates	Cas		Témoins		p-value	OR-IC
	N	(%)	N	(%)		
Normales	42	41,18	185	90,69	0,23	
HTA	25	24,03	13	6,37	0,03	1,2 (0,28-2,08)
Coagulopathie	16	15,7	1	0,49	0,5	2,01 (0,90-2,60)
Hémorragie de la délivrance	7	2,75	4	0,98	0,12	0,49 (0,11-1,34)
Décès maternel	3	2,94	0	0,00	0,07	-
Atteinte rénale	2	1,96	0	0,00	0,4	-
Anémie	45	44,12	3	1,47	0,1	0,71 (0,14-0,99)
Transfert en réanimation	5	4,90	0	0,00	0,2	

L'HTA était représentée dans 24,03% chez les cas et 6,37% chez les témoins. La différence était significative $p=0.03$.

La transfusion était retrouvée chez 43,1 % des cas sans différence significative.

Il n'y avait pas de corrélation entre l'HRP et la mortalité ni entre l'HRP et la prématurité.

L'impact de l'HRP sur le score d'Apgar à la naissance est détaillé dans le tableau II.

Tableau II : Association entre l'HRP et l'Apgar à la naissance

Apgar à 5 min	Cas		Témoins		p-value	OR-IC
	N	(%)	N	(%)		
(0-3)	13	25,49	3	1,55	0,1	0,07 (0,04-0,09)
(4-6)	27	52,94	26	13,40	0,02	0,60 (0,41-1,51)
(7-10)	11	21,57	165	85,05	0,29	0,80 (0,71-1,25)
Total	51	100	174	100		

Le mauvais Apgar était retrouvé dans 79,4% chez les cas et 14,9% chez les témoins sans différence significative.

III. DISCUSSION

Notre étude a estimé la fréquence de l'HRP à 2,1%. La fréquence de l'HRP serait plus importante après un âge maternel de 30 ans tel que décrit dans plusieurs études [4,5]. Cette fréquence oscille entre 0,59 et 6,05% dans la littérature [1, 3, 6-8]. La tranche d'âge comprise entre 30 et 39 ans représentait 36,3% chez les cas contre 42,7 % chez les témoins. La différence était statistiquement significative ($P= 0,02$ et $OR=3$). L'âge moyen chez les cas était de 28 ans, tels que retrouvés par d'autres auteurs comme Papa [1] et Mian [6] avec 30 ans en moyenne et, 31,1% chez les 30-34 ans selon Thieba [7].

L'hypertension artérielle (HTA) chronique comme la prééclampsie sont des antécédents augmentant le risque de DPPNI, en effet l'incidence de l'hématome rétro placentaire chez les femmes avec et sans hypertension artérielle chronique est respectivement de 15,6 et 5,8 sur 1000 grossesses [9]. Les syndromes vasculo-rénaux ont un caractère récidivant au fil des gestations selon les données de la littérature. Ainsi les antécédents personnels d'HRP, d'éclampsie, d'HTA gravidique demeurent des facteurs favorisant la survenue d'HRP [9]. Les antécédents d'HTA étaient de 30,4% avec une différence significative dans notre étude, tels que constatés par Papa (32,5%) et Thieba (31,1%) [1,7]. Par ailleurs, la nulliparité (37,3%) était un facteur de risque de survenue de l'HRP dans notre étude. Nos résultats étaient différents de ceux de Mian et al [6] qui trouvaient à Abidjan, 54,2% de primipares, de Thieba [7] avec 56,5% de multipares. La nulliparité reste considérée comme un facteur de risque de survenue des syndromes vasculo-rénaux [10-13]. Les patientes n'ayant réalisé aucune CPN

représentaient 0,98% chez des cas et 2,45% chez les témoins, la différence était significative [$p=0,02$ et $OR=1,76$]. L'insuffisance de suivi prénatal a été incriminée dans la littérature africaine par de nombreux auteurs [6,7, 14].

Une prédominance du grade III de SHER (50%) a été constatée dans notre série de 102 cas. Le grade III de SHER avait été retrouvé également chez 83,1% des cas dans l'étude de Thiéba [7] et chez 48,5% des cas dans celle de Papa [1].

L'accouchement par voie haute représentait 96,1% chez les cas contre 47,6% chez les témoins ($P= 0,00$ et $OR= 27,03$). Ce recours systématique à la césarienne est lié aux habitudes de notre service, quel que soit la vitalité du fœtus et en absence d'un accouchement immédiat [6]. Papa au Sénégal [1] et Gueneuc en France [15] avaient trouvé 79% de césarienne. Ainsi la césarienne était le mode d'accouchement le plus retrouvé dans l'HRP.

Onze gestes chirurgicaux d'hémostase réalisés en urgence, étaient l'hystérectomie d'hémostase (8) et la triple ligature vasculaire (3), sans différence significative. Papa [1] avait noté 6,2% d'hystérectomie d'hémostase. L'HRP reste un facteur favorisant l'hémorragie de la délivrance selon deux principaux mécanismes à savoir l'hypertonie permanente qui entraîne un épuisement du muscle et secondairement par les troubles de la coagulation (CIVD). L'hystérectomie d'hémostase devient une priorité dans le contexte de précarité de la patiente et la faiblesse du plateau technique dans nos pays d'Afrique subsaharienne [16].

Les suites maternelles ont été marquées dans notre série par l'anémie (44,1%), la coagulopathie (15,7%) et l'atteinte rénale (1,96 %). Macheuku en Tanzanie [12] a rapporté une incidence d'hémorragie de la délivrance de 8,9%. Nous avons noté 3 cas de décès maternel soit une létalité globale de 2,9%. Ce taux

était proche de celui de Gueneuc [15] dans une série de 171 cas avec 2 décès soit 1,16%. Cependant Thiam avait constaté 6,6% de décès [3]. Notons par ailleurs que Boisrame dans une série de 100 cas, n'avait pas objectivé de décès [17].

Si la réanimation et l'évacuation utérine font l'accord de tous, les modalités de cette dernière ne font pas toujours l'unanimité. Certains auteurs préconisent la césarienne systématique quel que soit l'état du fœtus [6]. En revanche, d'autres préconisent une attitude expectative devant un HRP avec mort fœtale et troubles de la coagulation comme Thieba [7] qui avait observé 64,4% d'accouchement par voie basse. La mortalité maternelle dans sa série de 177 patientes a été de 3,9 %, dominée par les conséquences de l'anémie aiguë (61,6 %) et les infections puerpérales (7,9 %). Pour notre part, la conduite est celle adoptée par plusieurs auteurs, la césarienne et la transfusion sanguine étaient des actes fondamentaux de sauvetage materno-fœtal [15,16]. Par ailleurs, nos patientes ont été transfusées dans 43,1% des cas. Les différentes séries de la littérature rapportent des taux de transfusion de 27,2% à 38,4% [3, 8, 12].

Le fœtus paie le plus lourd tribut de cette pathologie à caractère imprévisible. En effet, dans notre série, le taux de décès était de 50%. Dans la littérature africaine, des taux allant de 71,3 à 91,7 ont été observés [7,8]. Papa [7] quant à lui avait noté un taux de mortinatalité de 53,7% et Thiam [3] 62,02%. Cependant Boisrame et al en France et comme dans la plupart des pays occidentaux avaient retrouvé un taux bas de 12,5% [17]. Selon Brandt, le taux de décès périnatal est 15 fois plus élevé en présence d'un HRP [10].

CONCLUSION

L'hématome rétro placentaire (HRP) est une complication imprévisible découlant des syndromes vasculo-rénaux qui est encore source d'une forte létalité materno-fœtale dans les pays en développement. Sa fréquence reste relativement élevée au Centre Hospitalier et Universitaire de Angré. La prévention de la mortalité maternelle et fœtale liée à cette affection passe par une amélioration des consultations prénatales pour le dépistage des syndromes vasculo-rénaux et l'évacuation rapide et opportune de l'utérus.

RÉFÉRENCES

1. **Papa MN, Faye ME, Gaye YF, Sylla MA, Tine MN, Inzale MA** et al. Management and Maternal-Fetal Prognosis of Placental Abruption: A Retrospective Study of 130 Cases. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 12, 7, 2022: 590-8.
2. **Ananth CV, Vanderweele TJ**, Placental Abruption and Perinatal Mortality With Preterm Delivery as a Mediator: Disentangling Direct and Indirect Effects, *American Journal of Epidemiology*, Volume 174, Issue 1, 1 July 2011, Pages 99–108, <https://doi.org/10.1093/aje/kwr045>
3. **Thiam O, Mbaye M, Diouf AA, Touré FB, Gueye M, Niang M, Moreau JC** et al. Aspects épidémiologiques, pronostiques et thérapeutiques de l'HRP dans une maternité de référence en zone rurale. *The Pan African Medical Journal*, 17, Article No. 11. <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.17.11.3554>
4. **Bohec C, Collet M**. Hématome rétro placentaire. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 2010 ; 29 :115-9.
5. **Downes KL, Grantz KL, Shenassa ED**. Maternal Delivery and Perinatal Outcomes Associated with Placental Abruption: A Systematic Review. *American Journal of Perinatology* 2017, 34, 935-937. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1599149>.
6. **Mian DB, Angoi V, N'guessan KLP, Abauleth YR, Kouakou F, Boni S**. Hématome rétro-placentaire (HRP) et mort fœtale in utero (MFIU) : à propos de 70 cas et revue de la littérature *RAMUR* 2014 tome19, 1: 33-38.
7. **Thieba B, Lankoande J, Akotionganga M, Kyelem A, Ouédraogo CMR, Ouédraogo B**. Hématome rétroplacentaire : aspects épidémiocliniques et pronostiques à propos d'une série de 177 cas. *Gynécologie obstétrique et fertilité* 2003, 31,5 : 429-33 Doi : 10.1016/S1297-9589(03)00117-6.
8. **Rakotozanany B** et al. Place du traitement chirurgical et pronostic materno-fœtal de l'hématome rétroplacentaire à la Maternité de Befelatanana, Madagascar *Rev. Anesth.-Réanim. Med. Urg. Toxicol.* 2017 (Janvier-Juin) ; 9(1) : 10-12.
9. **Ananth CV, Peltier MR, Kinzler WL, Smulian JC, Vintzileos AM**. Chronic hypertension and risk of placental abruption: is the association modified by ischemic placental disease *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197: 273-7.
10. **Brandt JS, Ananth CV**. Placental abruption at near-term and term gestations: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. *Am J Obstet Gynecol*. 2023 May; 228(5S):S1313-S1329. doi: 10.1016/j.ajog.2022.06.059. Epub 2023 Mar 23. PMID: 37164498; PMCID: PMC10176440.

11. **Ananth CV, Lavery JA, Vintzileos AM, Skupski DW, Varner M, Saade G, et al.** Severe placental abruption: clinical definition and associations with maternal complications. *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 214 (2):272.e1–e9. [PubMed] [Google Scholar]
12. **Macheku G, Philemon R, Oneko O, Mlay P, Masenga G, Obure J.** Frequency, risk factors and foeto-maternal outcomes of abruption placentae in Northern Tanzania: a registry-based retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15, pp 1-10.
13. **Uzan M, Haddad B, Uzan S.** Hématome rétroplacentaire. *Encycl Med Chir (Elsevier Paris) Obstétrique.* 507 1 A-10, 1995. P8
14. **Balde IS, Sylla I, Adjoby CR, Diallo IT, Diallo FB, Conde JG, Sy T, Keita N.** Pronostic de l'accouchement aux âges extrême de la vie reproductive. *Journal de la SAGO, 2021, vol.22, n°1 : 7-12.*
15. **Gueneuc A, Carles G, Lemmonnier M, Dallah F, Jolivet A, Dreyfus M.** Hématome rétroplacentaire : terrain et facteurs pronostiques revisités à propos d'une série de 171 cas en Guyane française. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)-2015, 45, 3 : 300-303.*
16. **Adjoby R, Alla C, Kouamé A et al.** Hystérectomie d'hémostase dans le contexte de la subvention des soins au CHU de Cocody-Abidjan. *RIGOCI 2018 ; 1(1) : 10-3.*
17. **Boisrame T et al.** Hématome retro placentaire. Diagnostic, prise en charge et pronostic materno-foetal : étude rétrospective de 100 cas. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2014; 42 :78-83.*